

# **LA FOBIA ESPECÍFICA BAJO LA TERAPIA BREVE ESTRATÉGICA**

## **SPECIFIC PHOBIA UNDER THE BRIEF STRATEGIC THERAPY**

Lizbeth Madeleyne Guerrero Guerrero<sup>1</sup>  
Verónica Beatriz Flores<sup>2</sup>  
Yeritza Noemi Ramos Neyra<sup>3</sup>

**Recibido:** 2023-05-01 / **Revisado:** 2023-06-10 / **Aceptado:** 2023-07-15 / **Publicado:** 2023-09-15

**Forma sugerida de citar:** Guerrero-Guerrero, L. M., Flores, V. B. y Ramos-Neyra, Y. N. (2023). La Fobia específica bajo la Terapia Breve Estratégica. *Revista Científica Retos de la Ciencia*. 7(16). 100-112. <https://doi.org/10.53877/rc.7.16e.20230915.8>

### **RESUMEN**

Las fobias específicas se encuentran entre los trastornos de ansiedad más comunes. Durante la pandemia se ha informado de una mayor prevalencia de la enfermedad entre la población. El objetivo del estudio fue implementar una intervención terapéutica para prevenir los síntomas clínicos asociados a fobias en los pacientes. En la literatura científica aprendieron que la terapia breve estratégica es una forma de psicoterapia que ha demostrado ser eficaz en el tratamiento de fobias específicas. Este artículo describe un caso clínico de una mujer de 33 años residente en Argentina con este trastorno. Se realizaron ocho sesiones virtuales utilizando la Terapia de Estrategias Breves, un modelo integrativo con un diseño cualitativo de caso único de intervenciones psicoterapéuticas. Como resultado, los síntomas clínicos relevantes se resolvieron por completo y el tratamiento fue exitoso con importancia clínica y psicoterapéutica más allá de la fobia y los objetivos de tratamiento establecidos.

**Palabras clave:** fobia, psicoterapia, psicoterapia breve, terapia breve estratégica.

### **ABSTRACT**

Specific phobias are among the most common anxiety disorders. During the pandemic, a higher prevalence of the disease has been reported among the population. The objective of the study was to implement a therapeutic intervention to prevent clinical symptoms associated with phobias in patients. Strategic brief therapy was found in the scientific literature to be a

<sup>1</sup> Licenciada en Psicología. Centro de Psicoterapia Breve Estratégica del Perú. Perú. [liz.m.guerrero.g@gmail.com](mailto:liz.m.guerrero.g@gmail.com) / <https://orcid.org/0000-0002-9133-5097>

<sup>2</sup> Licenciada en Psicología. Centro de Psicoterapia Breve Estratégica del Perú. Argentina. [veronica33flores@gmail.com](mailto:veronica33flores@gmail.com) / <https://orcid.org/0000-0002-0654-6915>

<sup>3</sup> Bachiller en Psicología. Centro de Psicoterapia Breve Estratégica del Perú. Perú. [yeritzaramos1919@gmail.com](mailto:yeritzaramos1919@gmail.com) / <https://orcid.org/0000-0003-0360-5155>

form of psychotherapy that has been shown to be effective in the treatment of specific phobias. This article describes a clinical case of a 33 year old woman living in Argentina with this disorder. Eight virtual sessions were conducted using Brief Strategies Therapy, an integrative model with a qualitative single case design of psychotherapeutic interventions. As a result, the relevant clinical symptoms were fully resolved and treatment was successful with clinical and psychotherapeutic significance beyond the phobia and stated treatment goals.

**Key words:** phobia, psychotherapy, brief psychotherapy, strategic brief therapy.

## INTRODUCCIÓN

El miedo es un proceso evolutivo que todos los seres humanos experimentamos desde nuestra infancia, pero su naturaleza es dinámica según los años, debido a que pasa de un miedo de carácter físico a un miedo social. Tener miedo es normal en una etapa de evolución porque son síntomas transitorios y de baja intensidad. Se dice que los miedos infantiles forman parte de las etapas evolutivas, por consiguiente, son comunes a todos los niños y niñas. Se los relaciona a las distintas fases de desarrollo y van cambiando a lo largo de su vida, según evolucionan las características cognitivas, sociales o emocionales de los mismos (Sabater, 2019).

Además, el miedo es una emoción básica que permite al ser humano mantenerse alejado del peligro, es una respuesta que se adapta y motiva para reaccionar de forma rápida ante la amenaza, es decir que posee una función de protección. Sin embargo, es preciso identificar cuando este pasa de ser normal a patológico, observando que el mismo se presenta con mucha frecuencia, con una intensidad excesiva, inadecuada, es desproporcionada y llega a producir una incapacidad funcional en el sujeto. (Valiente, 2020)

Etimológicamente, la palabra “miedo” proviene del latín metus. Alteración emocional perturbadora por riesgo o daño real o imaginario. Es decir, se crea una distorsión de ideas, pensamientos, representaciones o imaginaciones e incluso se hacen comparaciones que se asemeje a la imagen de miedo o terror. (Real Academia de España, 2022). En este punto se considera relevante realizar la distinción entre la noción de miedo y ansiedad, así, se observa que la reacción de miedo se produce ante un peligro real, siendo esta proporcional al estímulo, a diferencia del caso de la ansiedad, en el que la reacción es desproporcionada en relación a la peligrosidad del estímulo. Identificando de este modo el componente patológico de los trastornos de ansiedad, determinados por una reacción de miedo desmedida e inapropiada (Delgado & Sánchez, 2019).

Para diagnosticar una fobia específica y de acuerdo con el DSM- 5, se deben cumplir ciertos criterios, entre estos tener en cuenta que la ansiedad debe ser intensa por un objeto o situación determinada. Asimismo, la situación fóbica que se tiene debe producir miedo inmediato, evitar o resistirse con ansiedad intensa a cierto objeto o situación, además, se debe tener en cuenta la duración de al menos 6 meses para considerarse como tal. Finalmente, la fobia específica genera incomodidad o malestar significativo en las diferentes áreas del funcionamiento del sujeto (American Psychiatric Association, 2014, p.130).

Asimismo, la OMS (2022) realizó un estudio de investigación en más de 90 países para conocer las cifras de ansiedad y depresión a raíz de la pandemia por el Covid- 19. Entre los resultados obtenidos se encontró que la prevalencia mundial de ansiedad y depresión ha aumentado en un 25% (OMS, 2022). Lo cual se ha convertido en una gran preocupación para toda la sociedad, especialmente una llamada de atención para las autoridades de todo el mundo, debido a que no se le da la debida importancia al trabajo de los especialistas de la Salud Mental (Organización Panamericana de la Salud, 2022).

Por otro lado, los trastornos de ansiedad prevalecen a nivel mundial junto a la depresión (Coto-Lesmes et al., 2020). Un 3,6 % sufre estos trastornos, y los mismos son más frecuentes en mujeres, y en sujetos de mediana edad. En Argentina se calcula que un 15,4 % de la población adulta tuvo un trastorno de ansiedad o del estado de ánimo durante el último año (Coto-Lesmes et al., 2020, pp.63-84).

Según la última investigación realizada por el Instituto Nacional de Salud Mental en Lima

Metropolitana (2020), se observa un incremento estadístico significativo de trastornos mentales a comparación de los estudios realizados en el 2012. Señala que en los últimos 6 meses de pandemia el 17,6% de la población de Lima presentan una alteración mental y entre los trastornos más prevalente está la depresión con un 13.6% y la ansiedad generalizada de un 4.1% (Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado-Hideyo Noguchi"- MINSA, 2022).

Por lo anterior, la presente investigación cobra relevancia, toda vez que se hace necesario contar con herramientas y técnicas de abordaje de intervención que permitan tanto a psicólogos, psicoterapeutas y psiquiatras hacer frente a este trastorno.

Teniendo en cuenta el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM V, dentro de los Trastornos de Ansiedad, se encuentra descrita la Fobia específica, que se caracteriza por los siguientes síntomas:

A. Miedo o ansiedad intensa por un objeto o situación específica (p. ej., volar, alturas, animales, administración de una inyección, ver sangre).

B. El objeto o la situación fóbica casi siempre provoca miedo o ansiedad inmediata.

C. El objeto o la situación fóbica se evita o resiste activamente con miedo o ansiedad intensa.

D. El miedo o la ansiedad es desproporcionado al peligro real que plantea el objeto o situación específica y al contexto sociocultural.

E. El miedo, la ansiedad o la evitación es persistente, y dura típicamente seis o más meses.

F. El miedo, la ansiedad o la evitación causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

G. La alteración no se explica mejor por los síntomas de otro trastorno mental, como el miedo, la ansiedad y la evitación de situaciones asociadas a síntomas tipo pánico u otros síntomas incapacitantes (como en la agorafobia); objetos o situaciones relacionados con obsesiones (como en el trastorno obsesivo-compulsivo); recuerdo de sucesos traumáticos (como en el trastorno de estrés postraumático); dejar el hogar o separación de las figuras de apego (como en el trastorno de ansiedad por separación); o situaciones sociales (como en el trastorno de ansiedad social).

La terapia breve estratégica ha demostrado eficacia y eficiencia en el abordaje y tratamiento de diversos trastornos, entre ellos los trastornos fóbicos (Bartoli y De la Cruz, 2023). Cuenta con protocolos de abordaje y tratamiento para diversos trastornos. Adicionalmente es capaz de de-construir una realidad enferma para construir una nueva realidad más funcional, buscando de esa manera que en el consultante obtenga bienestar en su salud (De la Cruz, 2008; De la Cruz Gil, 2021a; De la Cruz Gil, 2023)

Presentamos la intervención terapéutica de un caso de fobia específica con terapia breve estratégica, modelo integrativo.

## MÉTODOS Y MATERIALES

El objetivo era determinar el efecto de la psicoterapia estratégica a corto plazo en casos específicos de fobias. El propósito de la investigación es contar la historia de vida del caso antes mencionado, lo que brinda la oportunidad de observar y escuchar la vida cotidiana diaria, su cultura, relaciones y experiencias del paciente. Luego de comprender el caso, se analizó el proceso del paciente y se desarrolló la mejor estrategia para la situación.

Motivo de consulta e identificación de la paciente

- **Motivo de consulta.**

La paciente se contactó para recibir ayuda terapéutica, ella manifestó presentar una fobia específica a subir y bajar escaleras eléctricas y ascensores. Expresó que le causa una ansiedad intensa sumada a diversos síntomas de angustia, tristeza y dependencia, los cuales no le permiten realizar sus actividades cotidianas con normalidad.

- **Identificación del paciente**

Se analizó el caso de una mujer de 33 años con fobia específica, residente natural de la ciudad de Neuquén, Argentina, de nivel socioeconómico medio y formación técnico profesional en el campo de la criminología. La pareja civil, madre de un niño de 13 años, vive ahora con su hijo y su pareja, y la relación laboral es independiente.

**Descripción del caso:**

- **Historia y presentación del problema**

La paciente refiere que hace un año y medio estaba yendo con su familia al centro comercial “Coto” en Argentina, eran las 6:00 p.m. aproximadamente cuando antes de cruzar la pista recibió una llamada inesperada e innecesaria por parte de su jefe en aquel entonces, a quien después denunció por problemas en la oficina. En ese momento señala que se sintió incómoda, tensa y con mucha presión. Cuando ingresó al Centro Comercial tenían que subir las escaleras eléctricas, todos lo hicieron. Sin embargo, ella no pudo hacerlo, menciona haberse quedado paralizada, bloqueada totalmente. No entendía qué pasaba, porque no podía mover sus piernas, tenía la voz quebrada. Su pareja le preguntó qué pasaba y por qué no subía, a lo que ella respondió: “no sé qué me pasa, pero no puedo, agárrame”. Con los ojos cerrados y tomada del brazo de su pareja subió, y para bajar tuvo que hacer lo mismo agarrarse de alguien porque sola no podía avanzar. Además, señala que este año sus primos se mudaron a Neuquén centro, por razones personales tiene que ir a su departamento una vez a la semana, pero ellos viven en el décimo piso por lo que debe usar los ascensores una o dos veces por semana, donde menciona que también empezó a tener mucho miedo y los mismos síntomas que tiene al ver las escaleras eléctricas. Al inicio señala que no sabía si reírse de ella misma, no entendía qué sucedía, pero tampoco lo consideraba un problema como para realizar terapia, hasta que se dio cuenta que ya lleva mucho tiempo intentando avanzar sola, y al final siempre está dependiendo de alguien porque tiene mucho miedo.

- **Diagnóstico operativo:**

Más allá de que sea preciso considerar el Diagnóstico descriptivo de signos y síntomas, que orienta un correspondiente abordaje. Enmarcados en la Psicoterapia breve estratégica el diagnóstico que se elabora es el operativo, siendo la función del mismo identificar el modo de presentarse el cuadro en el consultante concreto y singular que solicitó tratamiento. El diagnóstico operativo es distinto al diagnóstico descriptivo utilizado en otras formas de psicoterapia (De la Cruz, 2022). En el diagnóstico operativo el objetivo es conocer cómo funciona el problema que el consultante trae a terapia. A partir de ahí, se procede a identificar la estructura del patrón de comportamiento sintomático, las soluciones intentadas fallidas y también las excepciones (situaciones donde no se ha dado el comportamiento sintomático). Se considera relevante en este punto hacer mención a la manera de conceptualizar el miedo desde la perspectiva de la Psicoterapia breve estratégica. Y al respecto, se sabe que éste puede comenzar como una dificultad para sortear cierto tipo de situación, pero, en forma paulatina, va adquiriendo la jerarquía de ‘Problema’ en la medida que no es posible solucionarlo. Así, una vez focalizado e identificado su especificidad, es necesario explorar los intentos que se han hecho por resolverlo, entendiendo claramente desde el modelo de la Psicoterapia breve estratégica, que son tales tentativas de solución las que sostienen y refuerzan la construcción del problema (Nardone & Watzlawick, 2018).

Por todo ello, se entiende que, en el caso de los trastornos fóbicos, por lo general la proximidad del objeto construye el desenvolvimiento del cuadro. La persona intenta al comienzo enfrentarlo, diciéndose a sí misma que ella puede superarlo, que no le va a suceder nada, que nada le puede pasar. Pero cuanto más se repite, más le sucede el efecto contrario. Estas numerosas tentativas tienen como corolario el incremento de la sintomatología. Y los

intentos de solución no se remiten únicamente a las iniciativas personales. La persona, a esta altura del proceso, se ha vuelto más dependiente de su entorno y ha comenzado insistentemente a recurrir a éste en la búsqueda de respuestas que lo acerquen a la mejoría. Por lo tanto, su círculo afectivo cercano inicia un amplio repertorio de soluciones que son condenadas al fracaso (Ceberio, 2020).

Patrones del comportamiento sintomático: A continuación se detalla brevemente el comportamiento sintomático de la paciente en la primera sesión como fase de diagnóstico, ver Tabla 1.

**Tabla 1**  
*Estructura del comportamiento sintomático*

Ítem	Si	No	Observación
Contexto	X		Cada vez que piensa y va a un lugar dónde hay escaleras eléctricas y ascensores.
Secuencia	X		Siente mucha fatiga, le tiemblan las manos, las piernas, a veces llora y menciona que se le acelera mucho el corazón, hasta que sale del ascensor, respira y le pasa.
- Secuencia Cognitiva	X		Piensa que se puede caer y perder la vida.
Intensidad (ISE)	X		Intensidad del síntoma en una escala del 0-10 es de 10
Frecuencia	X		Una vez a la semana
Duración	X		2 minutos
Soluciones intentadas	X		1: intentó ingresar sola sin éxito
Excepciones	X		Cuando no va al centro comercial o sube/baja el ascensor.

### Intervención Terapéutica:

- **Objetivos del tratamiento**

Los objetivos del tratamiento buscan aliviar los síntomas clínicos del paciente asociado con la fobia; asimismo, eliminar los patrones cognitivos de pensamientos y creencias irracionales asociados a la fobia; y finalmente fortalecer sus capacidades y habilidades para lograr una mayor autonomía.

- **Diseño y plan terapéutico**

El diseño de la estrategia terapéutica, si bien tuvo en cuenta técnicas ya utilizadas con éxito en problemáticas similares, se realizó un diseño terapéutico particular adaptado a las características y necesidades de la consultante. Ya que se considera esencial entender que la terapia debe adaptarse al paciente y no el paciente a la terapia (Nardone & Watzlawick, 2018).

Asimismo, para poder comenzar con la elaboración del diseño, se tuvo en cuenta los objetivos terapéuticos, los recursos del paciente, su cosmovisión y el abordaje. Así al hablar de Diseño terapéutico en Psicoterapia Breve Estratégica un eje rector será

identificar y definir qué cambio se quiere lograr. Y a partir de allí, la pregunta central será ¿Qué técnica y prescripción será la más adecuada para propiciar una modificación en la estructura del patrón sintomático?, ¿Qué técnica es la mejor o más adecuada para este caso?

Teniendo en cuenta el diagnóstico de fobia específica a utilizar ascensores y escaleras mecánicas que presenta la consultante. Se estimó importante abordar en una primera instancia una necesaria contextualización respecto de la sintomatología que se observa.

- **Soluciones intentadas:** Se desarrolla a través del diálogo, al realizar preguntas que apuntan a clarificar, así se logra identificar y conocer qué acciones alimentan el problema. Durante la sesión se indicó que escriba detalladamente dichas acciones, y también dejarlo como tarea. Una vez que se tiene en claro cuáles son estas soluciones fallidas/acciones que alimentan, sostienen y prolongan el problema, se podrá prescribir el dejar de llevar adelante las mismas, y de este modo pierde fuerza el patrón sintomático.

- **Hipnosis:** entendiendo el trance como estado natural, la hipnosis es uno de los “rituales sociales” para alcanzar dicho estado de trance. La hipnosis trabaja principalmente valorando el potencial de la mente inconsciente, de ese modo el trance propicia la pérdida de fuerza de la mente consciente, la distrae, es entonces cuando mediante el recurso de la voz y la comunicación se logra la sugestión necesaria para abonar el camino del cambio y la mejoría que se busca. La hipnosis se utilizará en función de lograr el desbloqueo de la patología, favoreciendo el cambio en la estructura del patrón sintomático.

- **Carta de la despedida:** Se solicita a la persona que escriba una carta de despedida a su problema en la que, tras agradecer los servicios prestados, detalle las razones por las que quiere prescindir de él.

Esta tarea se emplea con el propósito de motivar a los consultantes para el cambio, indicada en casos en que la persona se halla en situación ambivalente, deseando por un lado superar el problema y por otro teme las consecuencias negativas de enfrentarse a él.

- **Ventajas de la ansiedad:** La propuesta consiste en que la persona elabore una lista de ventajas que tendría para ella seguir con la ansiedad. Se da esta prescripción a aquellos consultantes que padecen una situación crónica de ansiedad, que han intentado casi todo para mejorar y aun así han fracasado. Develando algunos beneficios secundarios, se podrá luego trabajar para que la persona obtenga los mismos de manera más saludable.

- **La peor fantasía:** se trata de una prescripción tendiente a modificar la estructura del comportamiento sintomático, y consiste en indicarle al consultante que se imagine durante algunos minutos la peor escena /pesadilla asociada a su problemática., terminado eso te relajas, te lavas la cara y sigues con tu día. También se puede dar esta tarea para la casa y que lo vaya repitiendo en la semana.

## Plan terapéutico

La paciente refiere que desde hace un año y medio empezó a sentir mucho miedo y angustia cada vez que ve y piensa en una escalera eléctrica y ascensores. Durante la primera sesión señala tener pensamientos disruptivos como por ejemplo “se va abrir la escalera y me partiré la cabeza”, “no puedo respirar bien”, “no siento mis piernas”, “siento que no tengo control de nada”, “me siento muy tensa y presionada”, “mi corazón late muy fuerte”, “se me seca la boca” y “es una sensación muy intensa que me hace llorar, siento que mi cuerpo está bloqueado totalmente”.

Considerando que en la primera sesión expresa que al principio ella misma se reía al sentir ese miedo de usar ascensores y escaleras mecánicas, ya que le parecía extraño. Pero a medida que fue pasando el tiempo notaba con más intensidad el malestar, como así también se volvió una limitación en su desenvolvimiento cotidiano, ya que comenzó a paralizarse frente a dicha situación y requería auxilio de las personas de su entorno afectivo para lograr pasar dicha instancia. Cada vez se fue volviendo más dependiente de las personas de su entorno, experimentaba gran malestar, sintiéndose desvalida e incapaz de afrontar lo que le sucedía. En esta fase de la Psicoterapia se utilizará la técnica de toma de conciencia ya que la misma permitirá esclarecer el estado de situación en el que se encuentra la consultante, la magnitud

de la problemática en su vida, es decir, en qué medida se ve afectada su capacidad de autonomía y resolución de actividades cotidianas. De este modo, se comienza a co-construir la idea de que el tratamiento abordará la problemática y buscará el logro de soluciones funcionales y un mayor bienestar.

Se continuará en las siguientes sesiones atendiendo la sintomatología, brindando el espacio de escucha, reflexión, apuntando al conocimiento del patrón problemático, apoyando la iniciativa de haber iniciado el tratamiento psicológico, y trabajando en función de contener y acompañar el sufrimiento la carga emocional que vaya surgiendo. Se emplea para ello la hipnosis, considerando que la misma es una herramienta valiosa a la hora de promover el aprendizaje de la relajación con sus conocidos beneficios, como así también la posibilidad de generar cambios en el patrón sintomático.

En la siguiente sesión, se profundizará en la búsqueda de las características del patrón sintomático, las soluciones intentadas fallidas, y también las excepciones si es que las hubiera, propiciando el diálogo con la consultante, expresando la hipótesis de que dichos intentos de solución que no resultaron son justamente los que sostienen y alimentan el problema. Así se estima que en el trabajo en equipo que se va realizando con la consultante, se va construyendo herramientas eficaces en la búsqueda de soluciones, fortaleciendo los primeros avances que se vayan concretando. Aquí se continuará con prescripciones de conductas que le van resultando en los momentos previos a enfrentarse a la situación fóbica, las que colaboran en el momento, y las que pone en práctica posteriormente.

Considerando la importancia de alentar los cambios y avances mínimos en el desarrollo del tratamiento, mediante el diálogo se irá consultando sobre las excepciones y el registro de mejoría en la sintomatología, y utilizando preguntas circulares se conocerá también la dinámica de interrelación con los miembros de su ámbito familiar en torno al patrón sintomático. Lo cual ayudará a la hora de ir evaluando el tratamiento y realizar los ajustes necesarios en función de ir consolidando la mejoría y el estado deseado.

Una vez que se comience a detectar cierto sostenimiento de avances se procederá a emplear la técnica de 'Carta de despedida' considerando que será útil para consolidar los logros de metas, otorgando al mismo tiempo un nuevo modo de comprender y dar sentido a la experiencia, brindando un mensaje positivo a la consultante respecto de su autonomía y capacidades personales. Otra de las técnicas que se emplea en el mismo sentido será la de 'Ventajas de la ansiedad', ya que permitirá profundizar en la comprensión del cuadro y la sintomatología, con la posibilidad que ofrece encontrarnos en un punto del tratamiento donde la consultante ya ha ido experimentando mejoría, logro de metas mínimas, modificaciones en el patrón sintomático, cambios en el patrón cognitivo. Detectando gracias a esta técnica los beneficios secundarios del cuadro, también se apunta a la reflexión en torno a cierto repertorio nuevo, no solo de acciones o conductas, sino también un nuevo modo de interpretar los sucesos y situaciones, que posicionan a la consultante en un lugar de mayor bienestar y posibilidades de desarrollo personal.

Al lograr un avance sostenido en las sesiones, se procederá a utilizar la técnica de imaginar 'La peor fantasía' ya que se considera que a esta altura del tratamiento estarían las condiciones dadas para exponer a la consultante a dicha experiencia. La idea es que, al presentar el peor escenario, una vez que ya se ha establecido mejoría respecto de la sintomatología inicial, sumado a que la consultante ha podido incorporar y capitalizar experiencias en vivo donde ha trascendido los desafíos propuestos. La misma se encuentra preparada para afrontar la situación imaginaria, logrando de este modo desdramatizar la escena, y fortalecer el avance del proceso terapéutico. De este modo se hace foco principalmente en que ahora ella es capaz de afrontar el problema, cuenta con herramientas para resolver y ha logrado confianza en sí misma. Con lo cual se da por concluido el proceso de Psicoterapia.

Una vez que se acordó con la paciente el tratamiento se le brindó un consentimiento informado, donde se le detalló que dichas sesiones serán grabadas para uso académico, uso y confidencialidad de los datos utilizados únicamente con fines de formación, desarrollo profesional y educativo, donde la paciente aceptó su participación.

La psicoterapia breve estratégica ayuda al paciente a solucionar sus problemas, brindándole pequeñas tareas, con el único objetivo que éste identifique su habilidad para combatir de manera positiva su dificultad, consiguiendo cambios y eliminando patrones (Sancho Cejas, 2020).

A partir de la segunda sesión, se le brindó a la paciente pequeñas tareas teniendo en cuenta los fundamentos de la Psicoterapia breve estratégica. Para ello, se le explicó que el primer objetivo consistía en tomar conciencia del problema, es decir, tenía que lograr identificar la estructura del ambiente y la función del ascensor a quien ella mencionaba tener mucho miedo. La intensidad del síntoma presentada en una escala del 0-10 fue de 10, una vez por semana con una duración de 2 minutos.

En cuanto a la tercera sesión, se le preguntó a la paciente cómo realizó la tarea que se le dejó la sesión anterior y cómo es que se sintió emocionalmente. Ella, menciona haberse sentido muy angustiada, llorosa y con la voz entrecortada, porque no pudo hacerlo, tenía mucho miedo, estaba muy nerviosa y estresada por sus estudios. Refiere que la intensidad del síntoma en ese momento seguía siendo fuerte en una escala del 0-10 era 8 durante dos minutos aproximadamente, razón por la cual, no le permitió detenerse a observar el ambiente y hacer la tarea prescrita. En base a lo mencionado y observando en su estado de ánimo se procedió a realizarle la técnica de Hipnosis; para ello, se le pidió que se ubique en un lugar cómodo y siga todas las instrucciones. El objetivo de la técnica fue lograr estabilizar emocionalmente a la paciente e identificar los síntomas fisiológicos, los cuales no le permitía realizar la función de subir o bajar las escaleras eléctricas y ascensor. Finalmente, la paciente debía contrarrestar estos síntomas y expulsarlos de su cuerpo y pensamientos. Durante la cuarta sesión se ahondó en conocer la sintomatología del paciente después de realizar la hipnosis. Además, se consultó cómo le fue en su segundo intento de subir y bajar las escaleras eléctricas y ascensor, contando ya con las herramientas y estrategias brindadas. La intensidad del síntoma presentada en una escala del 0-10 fue de 6, una vez por semana sin duración del síntoma.

En la quinta sesión, se observó a la paciente con mejor estado anímico, por lo que se procedió a explicar la siguiente técnica llamada la “carta de la despedida”, la cual está fundamentada en el libro de 200 tareas en terapia breve (Beyebach & Herrero de Vega, 2016, pp.44). La finalidad de esta técnica es agradecer el acompañamiento de todo lo que le hizo sentir y limitar este problema, por último, debía despedirse y poner en práctica los objetivos planteados con el fin de llegar a lograr su propia autonomía e independencia. La intensidad del síntoma en una escala del 0-10 fue de 5, asistiendo 2 veces por semana y 20 segundos de duración.

En la sexta sesión, se conversó con la paciente sobre la tarea prescrita en la quinta sesión, donde ella con mucho entusiasmo y alegría expresa que ha logrado cumplir con el objetivo de subir y bajar las escaleras eléctricas y el ascensor de manera autónoma e independiente, a pesar de presentar miedo y tener pensamientos negativos como el “no lo voy a lograr”. Luego de haber dialogado sobre lo sucedido se le brindó indicaciones para realizar la siguiente tarea llamada “Ventajas de la ansiedad” encontrada en el libro de 200 tareas en terapia breve (Beyebach & Herrero de Vega, 2016, pp. 267). La intensidad del síntoma en una escala del 0-10 fue de 2, asistiendo 2 veces por semana sin duración del síntoma.

Durante la penúltima sesión se revisó la tarea, además se le consultó si continuó intentando la función de subir y bajar las escaleras y ascensor conscientemente. Ella respondió que había visitado el centro comercial y que en el transcurso de subir a otra área se detuvo a observar el ambiente, en donde reflexiono cuales son las ventajas que le han dejado esta experiencia.

Por otro lado, para reafirmar su cambio o mejora se planteó la última tarea llamada “la peor fantasía” la cual tenía como objetivo imaginar los peores escenarios de lo que le podría suceder dentro del ascensor y en las escaleras eléctricas. La intensidad del síntoma en una escala del 0-10 fue de 3, asistiendo 2 veces por semana sin duración del síntoma.

Finalmente, en la octava sesión se atendió a la paciente para conocer cómo le había ido al realizar la tarea designada, lo cual señala que fue un gran desafío haberse imaginado

escenarios negativos, pero llega a la conclusión que posee herramientas necesarias para confrontar dicho miedo que en algún momento sintió. Finalmente, la intensidad del síntoma se reduce a 0 con una frecuencia de dos veces a la semana sin duración del síntoma.

## RESULTADOS

Teniendo en cuenta que la paciente mencionó que sus principales objetivos serían el *“Quiero darme cuenta de lo que siento”, “porqué pienso que me voy accidentar al subir o bajar las escaleras eléctricas y ascensor”, también “quiero comprender de qué manera puedo superar el problema que tengo”*. El objetivo del tratamiento psicoterapéutico se basa en reducir los síntomas clínicos presentes en la paciente y la eliminación de los patrones cognitivos irracionales asociados a la Fobia. Se considera que se ha obtenido resultados favorables.

Esto se consiguió mediante el empleo de diferentes técnicas basadas en la psicoterapia breve, las cuales fueron eficaces durante dos meses de intervención, ya que la paciente aprendió a confrontar aquellos pensamientos negativos que la limitaban y no le permitían llevar una adecuada vida cotidiana. A continuación, se detalla la lista de patrones cognitivos identificados al inicio de la terapia: *“Pienso que se va a abrir la escalera y me voy a partir la cabeza”, “Pienso que me puedo resbalar y me puedo caer por ese agujero negro del ascensor y nadie me va a poder rescatar”*. Como se puede evidenciar el temor que presentaba la consultante alcanzó niveles de complejidad y gravedad totalmente altos: *“Pienso que me voy a morir porque no puedo respirar y siento que mi cuerpo está bloqueado”, “Pienso que me voy a quedar encerrada en el ascensor”*. Este tipo de pensamientos fue limitando cada vez más su desenvolvimiento social, volviendo a la paciente cada vez más dependiente de su entorno vincular.

Luego de la concreción de las sesiones psicoterapéuticas y la implementación de diversas técnicas en las mismas, la consultante fue logrando modificar el patrón cognitivo que acompañaba y retroalimentaba la sintomatología. Tal es así, que ya sobre el final del proceso terapéutico se reconocen pensamientos que analizan racionalmente la situación, otorgándole al evento de subir por el ascensor o la escalera un significado que se aleja de lo catastrófico e irracional, tornándose cada vez más objetivo, y relacionado con una respuesta más acorde que cumple con el objetivo de afrontar y resolver las situaciones de forma práctica y funcional.

### Nuevos pensamientos:

La paciente ahora señala lo siguiente: *“Ahora soy consciente que cualquier falla mecánica que pase no depende de mí, ahora yo tengo el control de mis pensamientos.” Me siento más tranquila y feliz porque he logrado vencer este problema*. La confianza y seguridad en ella misma se evidencia en las nuevas respuestas que da la paciente, expresándose de una manera libre y sin temor alguno. *“Me siento aliviada porque ya no estoy limitada para realizar mis actividades cotidianas, he vuelto a ser libre e independiente”, “Pienso que soy un ejemplo para mi hijo y mi familia de que todo se puede lograr”, “Me siento motivada, quiero emprender nuevos proyectos”*. Los cambios de la paciente son positivos, motivacionales para ella misma el sentirse un ejemplo de superación para su hijo y su familia, refleja la superación que ha logrado a los problemas que un día la limitaban a desarrollarse.

### Nuevas capacidades:

Es capaz de subir al ascensor y utilizar la escalera eléctrica sin ayuda combatiendo sus pensamientos y creencias irracionales.

En torno a la meta terapéutica referente a que la consultante logre esclarecer la sintomatología de la fobia, e instaurar de este modo una normalización respecto de la problemática que enfrentaba. Esto se evidencia en la mejoría que se observa en la paciente ya en la cuarta sesión. En la cual se constata el cumplimiento de la prescripción terapéutica de utilizar el ascensor, incorporando el empleo de la evaluación consciente de la situación, como así también la autoadministración de pensamientos del tipo: *“yo puedo lograrlo”, “nada*

me va a pasar” y “solo son segundos”, que le fueron funcionales y oportunos para lograr la concreción de la tarea.

También la paciente se presentó con más seguridad y confianza en sí misma, tal es así que logró concluir sus metas profesionales con éxito, comentó que ya se está trazando nuevas metas y proyectos a nivel familiar como profesional, ya que cuenta que se siente muy entusiasmada y motivada a seguir creciendo. Asimismo, expresó llevar ahora una vida más tranquila, aliviada de ese miedo que anteriormente no le permitía avanzar, ahora acude a centros comerciales donde hay escaleras eléctricas o espacios donde debe subir y bajar ascensores, menciona hacerlo con total normalidad. Finalmente, como resultado se logró que la paciente elimine la sintomatología.

## DISCUSIÓN

La psicoterapia actual, gracias al desarrollo de nuevos enfoques y técnicas de intervención, ha demostrado ser eficaz en el tratamiento de diversos trastornos emocionales; incluso comparado con el tratamiento farmacológico (Ceberio y De la Cruz, 2023). En este caso particular, también se pudo demostrar el alivio de los síntomas clínicos relacionados con la fobia, en línea con lo encontrado en otros estudios que demostraron los efectos del tratamiento a corto plazo, donde se demuestra que las técnicas que se aplican durante cada intervención ayudan a eliminar cada síntoma que presenta el paciente (Bartoli y De la Cruz, 2023).

En el caso de investigación, la paciente presentaba sensaciones físicas asociadas a la fobia, como manos sudorosas y palpitations, estos síntomas formarían parte de los patrones neurobiológicos relacionados a la estimulación del sistema nervioso simpático. Este hallazgo es similar a otros estudios que muestran que las fobias están asociadas con sensaciones corporales que alteran el funcionamiento normal de una persona (Sotelo Hoyos, 2018).

En 2019 se realizó un estudio sobre el tratamiento de las fobias situacionales. Para tratar las fobias específicas, las intervenciones probablemente deberían centrarse en reducir los niveles de ansiedad, miedo y conductas de evitación y proporcionar beneficios como una mayor confianza y autoeficacia del usuario, es decir que se debe ayudar al paciente en creer en sí mismo, darle la seguridad que puede desarrollarse con total normalidad si se lo propone, motivándolo que enfrente sus miedos (Ríos, 2019). En este estudio de caso, encontramos que reducir el nivel de ansiedad y miedo en presencia del objeto fóbico aumenta la confianza en uno mismo y la autoeficacia. Las intervenciones pueden lograr la reconstrucción cognitiva a través de la prescripción y los métodos utilizados. Es posible cambiar los pensamientos y percepciones limitantes sobre el objeto del miedo. De esta forma se avanza tanto a nivel conductual como emocional.

En el estudio actual, la eficacia del tratamiento también se relaciona con el trabajo con patrones recursivos de conducta sintomática en los niveles interactiva y cognitivo. Los hallazgos consistentes con otros estudios señalan la importancia de cambiar los patrones de síntomas recurrentes, esto se realiza con la finalidad que el paciente trabaje en sus propios sentimientos, ideas y patrones que no le permiten avanzar y desarrollarse con normalidad (De la Cruz, 2021b). También se utiliza el diálogo terapéutico con preguntas repetidas que amplían el análisis de la situación y el contexto. La creación de nuevas perspectivas facilita que los clientes encuentren alternativas más funcionales a sus fobias. Como se demuestra en la literatura sobre tratamientos a corto plazo, los cambios en los sistemas perceptivos reactivos disfuncionales permiten perspectivas nuevas y más funcionales sobre los síntomas. Esto ayudó a la paciente a reflexionar y tomar consciencia sobre lo que había estado creando y limitando sus miedos. Al dar sus propias respuestas puede observar otro panorama de la realidad. (Nardone y Portelli, 2017).

Además, se utilizó hipnosis durante la intervención terapéutica y el resultado fue muy beneficioso para aliviar los síntomas clínicos relevantes y provocar así cambios en la percepción cognitiva y los patrones de pensamiento. Esto concuerda con otros estudios que muestran los beneficios del uso de la hipnosis en casos similares, ya que puede cambiar la

cognición y ampliar el arsenal de herramientas de afrontamiento del paciente (Rios Maza y Peña Loaiza, 2019).

En un estudio en el que se presenta un caso de una mujer de 25 años, con fobia específica a las arañas, se plantean como objetivos y metas terapéuticas reducir la evitación y ansiedad ante la presencia del objeto fóbico, arañas (Ruiz- García y Valero- Aguayo, 2021). El tratamiento se realizó en nueve sesiones con exposición gradual al estímulo de miedo mediante un recurso multimedia. Después de dos años de tratamiento, la ansiedad y la evitación del paciente disminuyeron gradualmente. Eliminando completamente el miedo a las arañas para siempre. En este caso, le dieron una prescripción implícita de ir al centro comercial unos días a la semana y hacer un inventario detallado del entorno, escaleras, ascensores. Además, la paciente anotó los pensamientos que le vinieron a la mente, la secuencia, duración e intensidad del miedo percibido. Esta intervención permite exponer gradualmente al paciente al estímulo temido con el elemento adicional un distractor que focaliza la atención en el registro.

Durante la terapia, el uso de la hipnosis puede reducir las sensaciones físicas asociadas a las fobias, ya que las técnicas hipnóticas promueven una relajación corporal profunda y conectan con nuevas sensaciones corporales más placenteras de paz, tranquilidad y bienestar; y crea un espacio seguro y un estado ideal lleno de recursos. Esto mismo está en relación con lo encontrado en algunos estudios que mencionan la utilidad de la relajación progresiva y el uso de la respiración para la disminución de los patrones sensoriales somáticos relacionados con el estímulo fóbico (Sotelo Hoyos, 2018).

En nuestra intervención terapéutica empleamos una de las técnicas llamada “la peor fantasía”, esta nos permitió lograr una mejoría y un estado de mayor bienestar en la consultante, el mismo se evidencia en el hecho de que en las últimas sesiones, la consultante fue capaz de utilizar el ascensor y escalera mecánica sin asistencia y ayuda de su entorno. Este hallazgo está en relación con la investigación sobre desensibilización sistemática en los que se menciona que el exponer paulatinamente al paciente a los estímulos que le causan repulsión permite con el tiempo, poco a poco ir procesando la fobia, hasta que finalmente esta queda eliminada (Obregón López, 2021, pp. 253-266)

Además, según el Instituto Nacional de Salud Mental, creen que una familia sana promueve el bienestar emocional de cada miembro de la familia, lo que fortalece el apego seguro y los vínculos afectivos (Herrera, 2019). Además, en nuestra investigación creemos que la dinámica familiar es importante para la cliente, porque el apoyo y la motivación de cada miembro cercano a ella es fundamental para que ella pueda superar y continuar con su vida diaria sin miedos ni síntomas.

La eficacia en la terapia se logra con la ayuda de la realidad virtual, que consiste en un conjunto de tecnologías informáticas que proporcionan una plataforma tridimensional, es decir, simula un entorno real a través de una computadora. En el entorno, los participantes interactúan y cambian utilizando personajes virtuales o avatares (Universidad Nacional Autónoma de México, 2019)

En el caso de la psicoterapia breve estratégica se ha logrado un cambio y mejoría en el patrón sintomático y específicamente esto se refleja a nivel conductual y del desenvolvimiento social de la consultante, lo cual se logró mediante la implementación de la prescripción de tareas que apuntaban a que la misma pudiera llevar adelante la acción de tomar ascensores y utilizar escarcelas mecánicas en el tiempo que transcurría de sesión en sesión utilizando además las estrategias y herramientas de afrontamiento aprendidas y trabajadas dentro de la terapia. Considerando los resultados que hemos obtenido en nuestro caso, notamos que se alcanzaron y cumplieron los objetivos plasmados, tanto por el psicoterapeuta como por el paciente. Así mismo, el desarrollo del modelo de intervención breve permitió mejorar aspectos personales y académicos en la consultante, también la reducción de sintomatología que no la dejaba continuar con sus tareas diarias.

Se ha podido visualizar que existen pocas investigaciones referentes al tema ya mencionado. Esto permitió que en nuestra investigación podamos indagar y reconocer sus orígenes, su evolución, evaluación y tratamiento de forma general.

Se concluye que, la intervención terapéutica con el presente caso de fobia específica resultó ser exitosa. Se lograron los objetivos terapéuticos establecidos de reducir los síntomas clínicos asociados a la fobia. Se eliminaron los patrones cognitivos de pensamiento y creencias irracionales y se logró fortalecer las capacidades, habilidades y autonomía de la paciente. Si bien la presente investigación evidencia la pertinencia de la terapia breve estratégica en el tratamiento de la fobia. No puede generalizarse a otra población por lo que se recomiendan mayores estudios al respecto.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American Psychiatric Association. (2014). *Guía de consulta de los Criterios Diagnósticos del DSM-5*. <https://n9.cl/lf5ek>
- Beyebach, M., & Herrero de Vega, M. (2016). *200 tareas en terapia breve*. Herder. <https://n9.cl/qnez1>
- Ceberio, M. (2020). *El Dios pan siempre está al acecho*. <https://n9.cl/ov61t>
- Ceberio, M., y De la Cruz, R. (2023). *Eficacia de la psicoterapia en comparación con la terapia farmacológica en el tratamiento de la hipocondría o ansiedad por la enfermedad*. *Revista Científica Retos De La Ciencia*, 7(15), 100–111. Recuperado a partir de <https://shorturl.at/uEK07>
- Coto-Lesmes, R., Fernandez-Rodriguez, C., & Gonzalez-Fernandez, S. (2020). Activación Conductual en formato grupal para ansiedad y depresión. *Una revisión sistemática*, 38(1), 63-84. <https://n9.cl/7tgp6b>
- Bartoli, S. y De la Cruz Gil, R. (2023). *Epistemología, historia y fundamentos de la Terapia Breve Estratégica*. El Modelo de Giorgio Nardone. Papeles del Psicólogo. Advance online publication. (Se encuentra en prensa).
- De la Cruz, R. (2008). Violencia intrafamiliar. Enfoque sistémico. Trillas.
- \_\_\_\_\_ (2022). *El modelo de Psicoterapia Breve Estratégica de Giorgio Nardone*. *Ciencia Y Psique*, 1(1), 67–80.
- \_\_\_\_\_ (2021a). *Tratamiento de un caso de trastorno de ansiedad generalizada con terapia breve estratégica*. *Revista Científica Retos De La Ciencia*, 5(11), 77–85.
- \_\_\_\_\_ (2021b). *Epistemología Sofista y su Influencia en la Terapia Breve Estratégica*. *Modelo Nardone*. Límite, 16, 1.
- \_\_\_\_\_ (2022). *Guía y Protocolo de intervención terapéutica*. Centro de Psicoterapia Breve Estratégica del Perú.
- \_\_\_\_\_ (2023). *Abordaje e intervención terapéutica en psicoterapia breve cibernético - constructivista*. *Revista Científica Retos de la Ciencia*. 7(15). 74-86. <https://shorturl.at/cdlWX>
- Delgado, A., & Sánchez, J. (2019, junio). Miedo, fobias y sus tratamientos. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 22(2). <https://n9.cl/8bzbp0>
- Herrera, V. (2019, Setiembre). *La familia es un importante soporte de la salud mental del ser humano*. Instituto Nacional de la Salud Mental. <https://n9.cl/pm6ub>
- Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado-Hideyo Noguchi"- MINSA. (2022, Julio 11). *Documento Técnico: Plan anual de Gestión de la investigación del instituto nacional de salud mental "Honorio Delgado- Hideyo Noguchi"*. Retrieved 2023, from <https://n9.cl/lzugc>
- Nardone, G. y Portelli, C. (2017). *Conocer a través del cambio: La evolución de la terapia breve estratégica*. Herder.
- Nardone, G. y Watzlawick, P. (2018). *Terapia breve: filosofía y arte*. Herder <https://n9.cl/an1se>
- Murga Pérez, I. (2019). Miedos y fobias: la infancia, la familia y la escuela. *Universidad de la Laguna*. <https://n9.cl/upyxm>
- Obregón López, G. M. (2021). Desensibilización sistemática para la fobia a los ascensores. *Revista Unife*, 29(2), 253-266. <https://n9.cl/adyvl>
- Organización Panamericana de la Salud. (2022, marzo 2). *La pandemia por COVID-19*

provoca un aumento del 25% en la prevalencia de la ansiedad y la depresión en todo el mundo - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud. PAHO. <https://n9.cl/09oqd>

Real Academia Española. (2022). *Definición del miedo*. <https://dle.rae.es/miedo>

Revista de psicopatología y Psicología clínica 7.1 2020. <https://n9.cl/lutk6>

Rios Maza, C. G., & Peña Loaiza, G. X. (2019). *Fundamentación de un modelo psicológico para el tratamiento de la fobia específica situacional*. Universidad Técnica de Machala. <https://n9.cl/od80ac>

Roussos, Andrés J. (2007). El diseño de caso único de investigación en psicología clínica. Un vínculo entre la investigación y la práctica clínica. *Revista Argentina de Clínica Psicológica* (3), 261-270

Ruiz- García, A., & Valero- Aguayo, L. (2021). Tratamiento de un caso de fobia a las arañas mediante exposición multimedia y progresiva. *Anuario de Psicología*, (51), 86- 93. <https://n9.cl/dwhne>

Sancho Cejas, C. (2020, marzo 23). La Terapia Breve Estratégica: una técnica para tratar las fobias. *TOPDOCTORS*. <https://n9.cl/ic243>

Sabater, (2019). *La mente maravillosa. "La angustia emocional: el miedo que paraliza"*. <https://n9.cl/upyxm>

Sotelo Hoyos, M. I. (2018). Fobia social y terapia cognitiva: un estudio de caso basado en la evidencia. *Dialnet*, 10(2), 131-156. <https://n9.cl/u3mnc>

Universidad Nacional Autónoma de México. (2019, junio). Miedo, Fobias y sus tratamientos. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 22(2). <https://n9.cl/8bzip0>

Valiente, Rosa M., Bonifacio Sandín, y Paloma Chorot. (2020). "Miedos comunes en niños y adolescentes: Relación con la sensibilidad a la ansiedad, el rasgo de ansiedad, la afectividad negativa y la depresión."